

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paul ISAL

Né le 2 Février 1916 à Paris

A propos de quelques Observations de Pneumothorax Thérapeutique Bilatéral Simultané

Président : TROISIER, *Professeur*

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paul ISAL

Né le 2 Février 1916 à Paris

A propos de quelques Observations de Pneumothorax Thérapeutique Bilatéral Simultané

Président : TROISIER, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHTER Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

VI. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .		BASSET	
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. ..	Clinique chirurgicale.
DONZELOT	Clinique médicale.	MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER ...	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de profonde affection.

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur TROISIER

Professeur de la Clinique de la Tuberculose
Médecin de l'Hôpital Laënnec

*Qui m'a inspiré le sujet de ce travail
et qui m'a fait le grand honneur de
présider cette thèse.*

*En témoignage de respectueuse admi-
ration.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur CROUZON (*In Memoriam*)

Messieurs les Professeurs
CUNEO, BEZANÇON, MONDOR

Messieurs les Professeurs agrégés
LIAN, SENEQUE, SICARD

Messieurs les Docteurs J.-C. BLOCH, M.-P. WEIL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Le pneumothorax bilatéral est une arme dont on se sert habituellement avec parcimonie, souvent à regret, et dans l'ensemble assez rarement.

Certes, les indications du pneumothorax bilatéral doivent être très strictes si l'on ne veut pas courir au devant de graves accidents. Et le caractère dramatique de ces accidents, leur fréquence relative aussi, a contribué pour une large part à jeter le discrédit sur cette méthode thérapeutique. Nous verrons que l'on peut actuellement éviter un grand nombre de ces complications.

D'autre part, tuberculose bilatérale signifie tuberculose grave, maligne, de traitement particulièrement difficile, et le pneumothorax bilatéral, s'attaquant à ces formes graves de tuberculose, on ne peut s'étonner qu'il ait subi de nombreux échecs.

Ainsi s'explique bien le petit nombre de malades traités par cette méthode considérée encore comme un pis aller par de nombreux médecins.

Le pneumothorax n'est du reste qu'une méthode jeune. Ascoli, qui le premier, eut l'audace de bilatéraliser un pneumothorax thérapeutique, ne fut guère suivi.

Il faut attendre jusqu'en 1921 pour que le mémoire de Gwerder Pedita, les travaux de Barlow et Kramer viennent remettre cette question à l'ordre du jour.

De 1925 à 1933, les travaux sur le double pneumothorax se multiplient. A l'étranger, trois Congrès y consacrent une partie de leurs travaux, à Bologne, à Wiesbaden, à Berd Pymont.

En France, citons les communications de Bernou. L. Kindberg, Guinard; les observations de Bezançon et ses élèves; la thèse de Terrasse; les travaux de Coulaud, et récemment, l'important mémoire de Poix, Trihoulet et Kreis.

Nous nous proposons d'abord d'étudier quelques observations de pneumothorax bilatéralisés à longue échéance, en essayant d'en tirer les facteurs de succès, les causes d'échecs. Puis, nous présenterons quelques cas de pneumothorax bilatéraux pratiqués peu de temps l'un après l'autre sur des malades atteints de lésions d'emblée bilatérales, problème tout différent.

PREMIERE PARTIE

PNEUMOTHORAX DOUBLE SIMULTANE LA BILATERALISATION AYANT ETE EFFECTUEE A LONGUE ECHEANCE

Nous n'étudierons dans ce chapitre que des cas dans lesquels le second pneumothorax ne fut créé qu'au moins un an après le pneumothorax initial.

Nous allons en rapporter maintenant une observation particulièrement démonstrative.

OBSERVATION I

Il s'agit d'une femme de 23 ans, dont l'entrée dans la maladie eut lieu en octobre 1930, avec toux, expectoration bacillifère, amaigrissement. L'examen radiologique montre la présence d'une caverne sous-claviculaire gauche. A droite, on constate dès cette époque des images de condensation péri-hilaires, peu significatives à vrai dire.

Par ailleurs, le poumon droit offre un aspect normal.

Dans ces conditions, le pneumothorax gauche est décidé en juin 1931. On obtient un bon collapsus apexien, un décollement médiocre au niveau du lobe inférieur. Il n'y a pas de déviation médiastinale, pas de liquide. L'action du pneumothorax devient bientôt manifeste : disparition des bacilles dans l'expectoration, reprise de poids, amélioration de l'état général. Après dix-sept mois de cure à Bligny, la malade reprend son travail. Ainsi donc, et nous y insistons à dessein, ce pneumothorax gauche a été électif, efficace.

Mais en février 1934 apparaissent de nouveaux signes pathologiques : hémoptysies à répétition, toux avec expectoration de nouveau bacillifère, cependant que l'amaigrissement est important. Cette malade, dont le premier épisode pathologique avait été pour ainsi dire apyrétique, est maintenant fébrile, sa température oscille autour de 38°5.

L'examen donne les résultats suivants. A gauche, l'image

observée à la radioscopie est identique au schéma dressé trois années auparavant : même décollement de l'apex, même adhérence à la base. A droite, au contraire, l'aspect s'est profondément modifié : deux cavernes occupent la partie supérieure du lobe moyen, le pneumothorax droit est alors décidé, en avril 1934. Sa création ne s'accompagne d'aucun incident notable, si ce n'est un clocher thermique impressionnant à 40, sans lendemain d'ailleurs.

La malade suit une cure sanatoriale de huit mois, au cours de laquelle elle présente une hémoptysie assez sérieuse, en juillet de la même année. A sa sortie du sanatorium, l'expectoration était de nouveau stérile, elle avait l'aspect d'une personne bien portante. Sa santé lui permettait de reprendre une activité quasi normale. Le pneumothorax initial fut arrêté en avril 1935, le second en 1938. Actuellement, la guérison clinique se maintient.

Ainsi donc, résultats pour ainsi dire parfaits. Insistons d'emblée sur le plus important facteur de succès : le pneumothorax initial avait été efficace. C'est là une notion capitale, que nous voulons mettre au premier plan.

OBSERVATION II

C'est après un accouchement que sont survenus, en décembre 1926, chez une femme de 32 ans, les premiers signes pathologiques, signes fonctionnels et signes généraux banaux. Localement, le poumon droit est le siège d'une infiltration diffuse de sa partie supérieure. On ne distingue pas d'aspect de spéculation. Le poumon gauche est indemne. Le pneumothorax est institué au début de janvier 1927. Beau décollement, sauf pourtant une bride supérieure, très interne. Pas de liquide. Légère déviation médiastinale. Quelques mois après l'institution du pneumothorax, l'amélioration est certaine : reprise de poids, et surtout, l'expectoration devient stérile.

En novembre 1929, apparaissent les lésions contrôlatérales, sous forme de deux cavernes, siégeant en pleine partie supérieure du parenchyme, de volume considérable. L'expectoration est redevenue bacillifère. En décembre 1929, le second pneumothorax est créé. Le pneumothorax droit persistait, insufflé régulièrement toutes les trois semaines. Au cours de l'institution du second pneumothorax, aucun incident notable n'est survenu. Une cure sanatoriale a complété le traitement. Cette malade a été suivie régulièrement jusqu'en 1934. Elle

présentait de temps en temps quelques petits troubles : points de côté, essoufflements, et même une hémoptysie est survenue. Néanmoins, elle restait apyrétique, pouvait exercer normalement son métier; les examens de crachats restaient négatifs.

Certes, le mode de guérison n'est pas aussi parfait que dans l'observation précédente, mais il est facile de prévoir quelle aurait été l'évolution de la maladie si cette femme n'avait pas été traitée.

OBSERVATION III

Le début de la maladie remonte au mois de septembre 1932, chez un homme de 28 ans. Amaigrissement, perte d'appétit, fièvre à 39. La recherche de bacilles est positive dans l'expectoration.

Le pneumothorax droit est créé pour des lésions unilatérales. Le décollement est bon, total. Pas d'édévation médiastinale, pas de liquide.

En avril 1934, la malade reprend son travail; la recherche des bacilles s'est révélée négative dès le premier mois qui a suivi l'institution du pneumothorax.

En mai 1935, on constate les signes cliniques d'une poussée évolutive et les lésions gauches apparaissent, se traduisant radiologiquement par une opacité diffuse de la base, débordant sur la partie moyenne du poumon, sans image de cavernes. Au mois de juin 1935, le pneumothorax gauche est créé, sans incidents. La cure sanatoriale se termine en juillet 1936, et depuis cette date, ce malade se considère comme guéri.

Le pneumothorax initial avait été arrêté peu de temps après la création du second.

Nous venons de citer quelques observations dans lesquelles la création du pneumothorax double fut couronnée de succès.

Essayons d'en dégager les raisons.

Une constatation s'impose. Dans ces observations, le pneumothorax initial s'était avéré efficace; les bacilles de Koch avaient disparus de l'expectoration. Radiologiquement, le décollement était, soit total, soit électif. Il n'y avait pas ou peu de déviation médiastinale, pas de liquide.

L'état général enfin s'était amélioré nettement, la situation étant consolidée par suite des trois ou quatre années de répit accordées au malade.

Et lorsque apparaît l'ensemencement du côté opposé, tout se passe comme si le malade était atteint de lésions unilatérales, le poumon collabé étant au repos, ses lésions cicatrisées, sans aucune tendance évolutive. Certes, il est difficile, lors de la poussée évolutive contralatérale, d'affirmer avec certitude si les lésions déjà collabées ne sont pas atteintes par le processus évolutif. Les bacilles trouvés dans l'expectoration viennent-ils uniquement du poumon récemment atteint? La technique de séparation des crachats n'a pas donné de résultats probants, et l'on se basera surtout sur une impression clinique, sur l'examen radiologique du premier collapsus, en comparant avec des clichés antérieurs.

D'autres conclusions peuvent être tirées de l'analyse de ces observations.

Dans tous les cas, le second pneumothorax a été créé chez des malades dont l'état général était resté assez bon. On ne saurait trop insister sur les catastrophes qui peuvent se produire au cas où le pneumothorax n'aurait été pratiqué qu'en désespoir de cause, après échecs successifs d'autres méthodes, chez des malades manifestement pas en état de supporter la moindre insufflation.

Encore ne faut-il pas être trop absolu : le pneumothorax double étant réservé aux formes graves de tuberculoses pulmonaire, fréquents seront les cas où l'on devra intervenir chez des malades gravement atteints, fébricitants, quelquefois même en période hémoptoïque.

Notons pour mémoire que nos malades n'étaient pas atteints de lésions tuberculeuses intestinales, ce qui aurait contre-indiqué formellement le pneumothorax double.

Si l'état général de ces malades avait été soigneusement étudié, on avait examiné aussi leur état local, dont un bilan exact avait été dressé.

Quelle était la valeur respiratoire du poumon collabé? C'est une question importante, complexe, difficile à résoudre. Plutôt que de se baser sur certaines investigations scientifiques, telles que la mesure de la capacité vitale, MM. Poix, Triboulet et Kreis conseillent l'investigation clinique. « Il est évident que l'existence d'une dyspnée manifeste doit faire rejeter de façon formelle la création du pneumothorax double. »

D'autre part, l'aspect du moignon doit être étudié, « mais si un collapsus électif peut être avantageux, ce n'est nullement une condition indispensable au succès ».

L'existence d'une pleurite antérieure est-elle une contre-indication? La majorité des auteurs ne le pense pas. L'observation suivante confirme cette manière de voir.

OBSERVATION IV

M^{me} L... est âgée de 24 ans en 1930, lorsque surviennent les signes banaux d'un début aigu de tuberculose : fièvre, amaigrissement, expectoration abondante en B. K. Au point de vue pulmonaire, grosses lésions droites, le côté gauche est presque indemne : quelques marbrures suspectes au sommet.

Le pneumothorax est créé en septembre 1930. En novembre, réaction liquidienne assez importante. Liquide clair, avec une formule banale, lymphocytes, placards endothéliaux. On n'y trouve pas de B. K. La résorption se fit lentement, en quelques mois, le liquide restant clair.

Le décollement avait été satisfaisant. En mai 1932, les lésions gauches s'affirment, excavation du sommet. Le pneumothorax gauche est créé en mai 1932, sans incident.

En 1935, on arrête les deux pneumothorax.

En 1936, cette femme a mené à bien une grossesse; c'est là une belle preuve de guérison. Cette malade a été régulièrement suivie, elle a présenté, un an plus tard, une hémoptysie, seul incident notable.

On peut donc, à la rigueur, pratiquer le pneumothorax double chez des malades dont le pneumothorax initial s'était accompagné d'épanchement liquidien.

Telles sont les observations que nous avons choisies pour illustrer la belle action du double pneumothorax.

Les insuccès sont malheureusement fréquents. On parle dans ces cas de « génie évolutif » de la maladie, de tuberculose maligne contre l'évolution de laquelle on ne peut rien. Mais n'y a-t-il pas eu fautes de technique, indications posées trop légèrement?

A-t-on réellement choisi le meilleur moment pour instituer le second pneumothorax, le premier était-il efficace? Autant de questions que nous devons nous poser en relisant cette observation d'un échec du double pneumothorax.

OBSERVATION V

Il s'agit d'une femme dont les premiers signes pathologiques sont apparus en 1923, alors qu'elle était âgée de 24 ans. Début brusque : point de côté, fièvre, toux avec expectoration, hémoptysie. Il ne semble pas que cette malade ait été soigneusement examinée à cette époque. On ne possède pas de clichés radiologiques, l'examen des crachats ne semble pas avoir été pratiqué. On ne peut que regretter semblable carence, qui influencera fâcheusement l'évolution de la maladie.

Toujours est-il qu'après deux ou trois mois de repos, tous ces signes disparaissent à peu près complètement. Jusqu'en 1927, son état de santé se maintient d'une façon normale. Puis, elle devient enceinte, fait une fausse couche, et, à cette occasion, réapparaissent les signes pulmonaires. On a la preuve, cette fois, de la tuberculose, en trouvant des bacilles de Koch dans l'expectoration. Nous ne possédons qu'un compte rendu radioscopique disant : « Image de scissurite droite, infiltration du sommet. A gauche, image normale. » Le pneumothorax n'est pas conseillé. Sous l'influence du repos prolongé, en dehors de la cure sanatoriale, les signes cliniques régressent.

C'est en 1929 seulement que cette malade est vue à l'hôpital Laënnec, à l'occasion d'une nouvelle poussée. Radiologiquement, on constate une spéléonque sous-claviculaire droite,

de petit volume, des lésions semblant fibreuses au niveau du sommet droit. A gauche, image apicale suspecte; tractus broncho-vasculaires anormalement visibles, reliant l'apex au hile. Par endroit, image dit en mie de pain. Bien entendu, on trouve facilement des bacilles dans l'expectoration.

Le pneumothorax droit est alors décidé. Le décollement apexien est nul, à tel point qu'il ne peut être question de section de brides. Au contraire, le lobe moyen et le lobe inférieur sont collabés de manière satisfaisante. Parallèlement, on note une bonne amélioration clinique, reprise de poids, retour de la température à la normale. Après une hospitalisation de huit mois, au cours de laquelle se sont produites des alternatives de mieux et de pire, la malade part en sanatorium. Les lésions gauches étaient stationnaires.

Jusqu'en 1934, la situation semble stabilisée, grâce à des conditions de vie parfaites, cure quotidienne de repos, pas de reprise du travail. Les examens de crachats pratiqués assez régulièrement révèlent, par intermittence, la présence de bacilles. Une hémoptysie survient en 1934 nécessitant l'alitement de la malade. Cette hémoptysie ne paraît pourtant qu'un incident isolé, tout rendre dans l'ordre rapidement. Peu de changements radiologiques.

En septembre 1935, la situation s'aggrave nettement : fièvre, toux et expectoration, amaigrissement, reprennent de plus belle. La bacilloscopie est positive.

Mais surtout du côté gauche, les lésions se sont étendues. C'est le lobe moyen qui est atteint maintenant : ombre diffuse, non homogène, sans aspects nets de caverne. Devant cette rapide aggravation, on n'attend pas pour décider le pneumothorax gauche. Il est assez mal supporté, en ce sens qu'une dyspnée importante apparaît immédiatement. Elle s'atténuera par la suite. Un mois après la création du pneumothorax gauche, on abandonne le droit. L'état général ne s'est absolument pas amélioré. Au contraire, l'amaigrissement devient de plus en plus important, la bacilloscopie reste positive. Les insufflations se poursuivent régulièrement tous les huit jours, après contrôle radioscopique. Le décollement est partiel; on arrive très vite à des pressions positives; on ne peut qu'insuffler 100 ou 150 cc.

Puis, en mars 1936, brutalement, survient la catastrophe. Au lendemain d'une insufflation, qui pourtant avait été prudente, ayant laissé le malade à une pression moyenne de —4, la malade est prise d'une dyspnée intense; la fièvre monte à

40, un épanchement liquidien s'installe. La prise de la pression intra-pleurale révèle un chiffre positif : +5.

C'est tout le tableau d'une perforation pleuro-pulmonaire avec son pronostic fatal à plus ou moins brève échéance. En fait, l'état s'aggrave de plus en plus; malgré les soustractions d'air répétées, la dyspnée persiste, la fièvre oscille autour de 39. C'est dans un état déplorable que la malade quitte, sur sa demande, le service, en juin 1936.

Les causes de cet insuccès sont frappantes; le pneumothorax droit, le premier en date, n'avait pas été franchement efficace. L'expectoration bacillifère n'avait pas disparu complètement. Les lésions pulmonaires droites continuaient d'évoluer.

Ce résultat médiocre du pneumothorax initial était facile à prévoir devant ces lésions déjà vieilles de 6 ans. Si cette malade avait été traitée plus tôt, on pouvait espérer de bien meilleurs résultats.

Fallait-il, du fait de l'inefficacité du pneumothorax gauche, abandonner cette malade; nous ne le croyons pas, cet abandon aurait été véritable condamnation.

Il fallait tenter le pneumothorax double, même dans ces conditions défavorables. La perforation a malheureusement sanctionné cette indication scabreuse de double pneumothorax.

Étudions encore une observation qui fut un échec complet.

OBSERVATION VI

M. B..., 28 ans, est examiné en novembre 1934, à l'occasion de signes cliniques banaux de tuberculose pulmonaire. Cet examen révèle des signes bilatéraux d'emblée plus marqués à gauche.

En janvier 1934, création du pneumothorax gauche, avec un bon résultat clinique et radiologique, mais l'expectoration est restée bacillifère. Aucune évolution du côté droit.

Deux ans plus tard, apparaissent de nouveaux signes de tuberculose pulmonaire. Les lésions droites se sont beaucoup

étendues; une volumineuse caverne est nettement visible sur le cliché radiologique. La fièvre oscille autour de 38; l'amaigrissement est important, mais l'état général reste satisfaisant.

En mai 1936, création du pneumothorax droit. Le décollement est très médiocre, nullement électif, le résultat est à peu près nul. L'état général décline rapidement; les lésions continuent de s'étendre, d'autres cavernes apparaissent; la mort survient en octobre 1936.

Voici donc une observation particulièrement intéressante. Elle semble infirmer la notion si importante de la valeur du pneumothorax initial, qui, dans cette observation, avait été efficace. Là, en effet, n'est pas la question. M. B... avait des lésions bilatérales. Et nous entrons à propos de cette observation dans un domaine tout différent, qui formera la seconde partie de ce travail.

DEUXIEME PARTIE

CONDUITE A TENIR EN PRESENCE DE LESIONS BILATERALES D'EMBLEE VALEUR DANS CES CAS DU DOUBLE PNEUMOTHORAX RAPIDEMENT INSTITUTE

Essayons tout de suite de mettre en évidence les causes de ce malheureux échec du pneumothorax double en présence de lésions d'emblée bilatérales.

Une question vient immédiatement à l'esprit. N'a-t-on pas trop attendu pour pratiquer le second pneumothorax? Etait-on en droit d'espérer un résultat meilleur si au lieu d'attendre deux années, on avait bilatéralisé le pneumothorax au bout de six mois par exemple.

Certains auteurs conseillent pour créer le second pneumothorax d'attendre que le premier ait fait ses preuves. C'est là un principe excellent, pour les faits envisagés dans la première partie de ce mémoire. Mais, dans les cas graves, dont nous nous occupons maintenant, en présence de ces lésions bilatérales, il ne faut pas se laisser gagner de vitesse par la maladie; il ne faut pas trop attendre.

Certains disent encore : le pneumothorax peut avoir de bons effets contrôlatéraux. Rien n'est plus inconstant. Et les auteurs sont nombreux qui, loin d'observer une amélioration, ont observé au contraire une aggravation manifeste.

Aussi, prenons-nous comme directive générale l'attente surveillée pendant quelques mois, après la création du pneumothorax initial. Si, au bout de ce laps de temps, les lésions du côté non collabées sont stationnaires, à plus fortes raisons si elles semblent prendre un caractère évolutif, nous conseillons la bilatéralisation thérapeutique, sous réserve naturellement des contre-indications déjà vues plus haut.

Les observations qui suivent illustrent bien cette manière de voir.

OBSERVATION VII

M. L..., 32 ans, est atteint de lésions bilatérales lorsqu'il est examiné, en décembre 1932. Passons sous silence les signes fonctionnels et généraux, pour ne nous occuper que des signes lésionnels.

A gauche se trouvent deux cavernes accolées, avec niveau liquide occupant, semble-t-il, le lobe supérieur dans sa partie inférieure. Une bronche de drainage est nettement visible.

A droite, il n'y a pas d'image de caverne, mais l'apex est anormalement sombre, et dans l'ensemble la transparence du parenchyme droit se trouve diminuée. De toutes façons, les lésions prédominent à gauche, le pneumothorax gauche est créé en janvier 1933. Le collapsus obtenu est des plus satisfaisants; quelques mois plus tard, au mois de mars, l'amélioration clinique est évidente; le malade se déclare enchanté du traitement et parle de quitter l'hôpital.

Mais le poids n'est pas revenu à son chiffre antérieur. La température n'est pas encore bien stable; elle oscille autour de 37°5, quelquefois 38. Et surtout, l'homogénéisation des crachats est toujours positive. Les clichés radiologiques pratiqués régulièrement tous les mois montrent que les lésions droites sont rigoureusement stationnaires; elles ne marquent aucune tendance à la régression spontanée.

On décide alors de garder ce malade pour suivre l'évolution des lésions.

Vers le mois de juillet, la fièvre monte progressivement pour osciller autour de 38°5, l'amaigrissement reprend. A droite, les lésions s'étendent. Rien encore de bien précis, l'infiltration devient plus diffuse, l'ombre devient moins homogène. Cette poussée semble régresser spontanément et l'on surseoit au pneumothorax droit.

Mais l'amélioration clinique ne s'accompagne pas d'une régression des lésions droites. Au mois de septembre, l'état du malade s'aggrave notablement. Il semble bien que l'on peut rendre responsable de cette aggravation l'évolution des lésions droites. Sur le cliché, l'ombre a envahi toute la moitié supérieure du poumon. Cette opacité n'est pas homogène; on a l'impression que le bloc opaque est caséifié par endroits. On n'attend pas plus pour créer le pneumothorax droit. Contre l'attente générale, le décollement est facile, s'effectue sans incidents, mais dès la quatrième insufflation, apparaît une réaction liquidienne, assez importante, s'accompagnant d'une élévation thermique. La ponction exploratrice retire un liquide clair de formule banale. La résorption en sera lente, ne gênant pas particulièrement l'entretien normal du pneumothorax.

Deux mois après la création du pneumothorax droit, un compte rendu radioscopique dit : « A droite, collapsus satisfaisant. Persistance d'une bride supérieure. Liquide remontant à trois travers de doigt au-dessus du diaphragme. A gauche, collapsus total.

Le malade sort de l'hôpital en bonne voie pour aller en sanatorium. La température est normale. Le poids encore un peu faible. Nous insistons sur cette preuve indiscutable de la belle efficacité du pneumothorax : les bacilles ont disparu de l'expectoration.

Ce malade suit une cure sanatoriale de seize mois. Une fois encore, l'examen des crachats se révèle positif au cours de son séjour en sanatorium.

On cesse l'entretien des pneumothorax, l'un en 1935, l'autre huit mois plus tard. Depuis cette date, la santé de M. L... est bonne, compatible avec une activité, certes réduite, mais dont le maintien, depuis quatre années, est une belle preuve de guérison.

L'observation suivante est encore plus nette. Nous avons pu en suivre l'évolution pas à pas.

OBSERVATION VIII

M^{lle} N... est âgée de 16 ans, lorsque, au mois de décembre 1938, elle vient consulter au Dispensaire Léon-Bourgeois. Elle tousse, elle a perdu l'appétit, elle a maigri de deux kilogs. La température est normale. Un examen complet pratiqué à cette date est peu démonstratif. Pas de bacilles dans l'expectoration. A l'examen radiologique, rien de précis. A gauche, le hile est un peu chargé. A droite, image pulmonaire normale.

On conseille à cette malade de cesser son travail, de se mettre au repos, et de revenir consulter quinze jours plus tard.

Elle revient seulement le 15 janvier. Son état semble sans changement. On note simplement que l'expectoration est devenue beaucoup plus abondante. La recherche des bacilles y est toujours négative.

La tuberculose s'affirme seulement au début de février 1939. Une hémoptysie survient, la température s'élève à 38°. Depuis décembre, l'amaigrissement s'est accru de deux kilogs.

Lorsque la malade est vue, au dispensaire, le 2 février, aucun doute n'est permis sur la gravité de l'état de cette malade. L'examen radioscopique montre en effet, du côté droit, une caverne de la partie moyenne du poumon. Du côté gauche, la région juxtascissurale est largement infiltrée. Dans l'expectoration, les bacilles sont trouvés en grand nombre à l'examen direct. On conseille vivement à cette malade l'hospitalisation. Après quelques hésitations justifiées par un état général encore très bon, malgré l'importance des lésions, la malade se décide à entrer dans le service le 13 février. L'asthénie est maintenant importante, la toux est incessante. La température est irrégulière, atteignant 39 le soir. Le cliché radiographique confirme exactement le compte rendu de l'examen radioscopique.

On est donc en présence de lésions bilatérales, constituées en somme à bas bruit. La caverne du côté droit est d'appari-

tion récente. Soulignons à ce propos la rapidité du processus de caséification.

La présence de lésions bilatérales incline à une grande prudence thérapeutique. Aussi, avant de créer le pneumothorax droit, là où les lésions semblent être prédominantes, on met la malade en observation, on répète les clichés, on étudie la courbe de poids, on pratique plusieurs examens de crachats (qui tous se révèlent positifs).

La comparaison des différents clichés, pris dans le mois de février, conduit à la conclusion suivante : du côté droit, la caverne s'agrandit, l'infiltration péricavitaire s'étend. Du côté gauche, les lésions restent stationnaires.

Pour avoir une idée plus nette des lésions gauches, des tomographies sont pratiquées.

Elles confirment sans plus les résultats du cliché standard, elles permettent en tout cas de conclure nettement à l'absence de cavernes du côté gauche.

Dans ces conditions, le 15 mars, le pneumothorax droit est créé. Aussitôt, dès la troisième insufflation, le décollement est complet, total. Aucun incident n'est noté. Pas de liquide, pas de déviation médiastinale.

Radiologiquement parlant, ce pneumothorax est donc d'une parfaite efficacité. Mais du point de vue clinique, on ne constate pas d'amélioration. L'homogénéisation des crachats reste positive. La malade ne reprend pas de poids. Quant à la température, elle oscille toujours autour de 38°5.

Pourtant, à la radiographie, on pouvait noter vers le 15 avril une légère atténuation des lésions gauches.

Pendant trois mois, de mars à juin, cette malade garde un ensemble de signes paradoxaux en apparence : collapsus droit parfait, lésions gauches semblant stabilisées, ou même en régression, et pourtant un état général de plus en plus mauvais.

Malgré la multiplicité des clichés radiologiques, des tomographies, jamais on ne put nettement mettre en évidence le caractère évolutif des lésions du côté gauche. Pourtant, lorsqu'un examen minutieux de la malade eut écarté toute idée de lésions viscérales cachées, il devint évident que l'on devait rendre responsable de l'état actuel de la malade cette infiltration triangulaire juxta-scissurale, retrouvée sur tous les clichés.

Rien ne s'opposait à ce qu'on pratiquât le pneumothorax gauche. Ce qui fut fait le 31 mai. Dès la première insufflation, le décollement est total et permet d'espérer un beau résultat.

Pourtant, pendant la semaine qui suit la création du pneumothorax gauche, la température monte et se maintient aux environs de 39°5. En même temps, la malade se plaint d'une dyspnée à vrai dire très supportable. La crainte de la perforation nous fait agir avec beaucoup de prudence, les insufflations sont modérées, laissant la malade à des pressions très négatives. Progressivement, la température redescend, la dyspnée disparaît. Bien plus, l'amélioration due au second pneumothorax est si manifeste que, exactement sept jours après sa création, la température revient à 37 et s'y maintient, ce qui n'était pas arrivé depuis de longs mois.

Puis s'installent régulièrement les rythmes d'insufflation. Après quelques tâtonnements, on parvient à équilibrer les insufflations : 300 cc. pour le droit, 250 pour le gauche, de telle façon que les collapsus soient suffisants, toute gêne respiratoire absente, toute évolution lésionnelle arrêtée.

Le 15 septembre, l'homogénéisation est négative pour la première fois depuis février. La malade est restée encore quelque temps dans le service et elle complète maintenant sa guérison en sanatorium.

Il nous manque évidemment le recul du temps pour juger de la valeur de cette guérison.

Mais l'amélioration a été si nette, quelques jours seulement après le double pneumothorax, que nous pensons, dès maintenant, que cette observation constitue une preuve éclatante de l'efficacité du double pneumothorax. Du reste, l'observation VII nous rapporte une guérison déjà vieille de quatre années.

Dans ces deux cas, les indications étaient nettes. Malade encore résistants, lésions encore jeunes, efficacité du pneumothorax initial. Ce sont là les trois points essentiels sur lesquels nous voulons insister. Lorsque ces conditions sont réunies, on doit espérer le succès.

Il faut bien dire aussi que le pneumothorax double institué à brève échéance a d'autant plus de chances de réussir que les lésions sont moins étendues. Chez nos deux derniers malades, les lésions étaient bien bilatérales, mais n'avaient pas un caractère extensif, à marche trap rapide. Dans notre observation VIII, nous avons vu qu'on a pu attendre au moins un mois, sans inconvénients, pour créer le pneumothorax initial.

Il existe malheureusement des cas dans lesquels l'extension des lésions se fait si rapidement que c'est véritablement d'urgence qu'il faut traiter ces malades. La question du double pneumothorax se pose alors, non pas avec plusieurs mois d'intervalle, mais bien à quelques jours de distance entre les deux pneumothorax.

Nous en avons observé un exemple récemment.

OBSERVATION IX

La malade, âgée de 18 ans, entre dans le service le 31 juillet 1939, dans un état pitoyable. L'amaigrissement est extrême (elle ne pèse que 39 kilogs). Elle respire péniblement, on note de la cyanose des lèvres et des doigts.

La température est irrégulière, autour de 39, le pouls petit, rapide à 140, irrégulier.

Déjà, devant l'aspect misérable de cette malade, on est autorisé à porter un pronostic fatal à brève échéance.

Le début avait été brutal, et il semble bien que l'on soit en présence d'une pneumonie caséuse.

L'examen va le confirmer.

A l'auscultation, des râles bulleux sont perçus, disséminés dans les deux champs pulmonaires. Au sommet droit, on perçoit un souffle cavitairé en avant et en arrière.

La radiographie confirme les résultats de l'auscultation, en montrant au sommet droit une image rappelant celle d'une caverne. Ce n'est pas l'image typique, mais une clarté arrondie, dans un bloc opaque, faisant surtout penser à des lésions en voie de caséification.

A gauche, l'image normale a été remplacée par une ombre massive occupant toute l'étendue du parenchyme.

La preuve du diagnostic est enfin fournie par la présence de bacilles, trouvés assez difficilement.

Le traitement était bien difficile à choisir. La solution de facilité, adoptée encore trop souvent semble-t-il, était la suivante : cette malade est condamnée, ses lésions sont au-dessus de toute thérapeutique; un pneumothorax risquerait de la faire mourir rapidement dans l'asphyxie, le plus sage est de la laisser mourir en paix.

Une autre solution consistait à faire immédiatement le pneumothorax gauche là où les lésions semblaient prédominer. Mais on risquait vraiment beaucoup : mort subite, perforation.

On pouvait encore créer un pneumothorax droit, quitte à créer à gauche quelques jours après. Mais la création du pneumothorax droit n'allait-elle pas supprimer la meilleure partie du champ respiratoire, et de ce fait, cette méthode risquait d'être très néfaste.

Aucune de ces solutions ne fut adoptée. Il fut décidé d'attendre quelques jours pour remonter l'état général avec toniques cardiaques, toniques généraux, et aussi pour avoir une idée de l'évolution des lésions. Il était entendu qu'on interviendrait d'une façon ou d'une autre après 8 ou 10 jours d'observation.

Les radiographies répétées tous les trois jours nous apportèrent la conviction que l'image suspecte du sommet droit évoluait avec une grande rapidité, s'étendait, donnait de plus en plus l'image d'une caverne volumineuse. Le bloc d'opacité gauche était sans changement. Le 12 août 1939, notre conviction était faite : il fallait tenter le pneumothorax droit d'abord pour mettre fin à cette menaçante évolution, qui dans quelques jours devait aboutir à une excavation presque complète du lobe supérieur. Puis, nous étions prêts à tenter quelques jours après le pneumothorax gauche.

Les objections que l'on peut soulever sur ce moyen thérapeutique sont nombreuses. « véritable acrobatie thérapeutique » dit Coulaud. On pouvait dire encore : c'est la suppression de la partie encore saine du champ respiratoire, constitué par la base pulmonaire droite, aussi pourquoi com-

mencer par le côté droit? Cette malade déjà dyspnéique n'y résistera pas.

De fait, c'est avec une certaine angoisse que le 12 août nous créons le pneumothorax droit. Décollement facile, total, avec 300 cc. d'air. L'intervention est très bien tolérée. La dyspnée est à peine plus accentuée, lorsque le lendemain nous revoyons la malade. Durant la semaine qui suit, les examens radioscopiques répétés montrent que le décollement persiste total. Pas de liquide, légère déviation médiastinale. Nous nous contentons de prendre la pression intra-pleurale de temps en temps, sans insuffler d'air.

Le 19 août, le pneumothorax gauche est créé. Pas d'incidents notables. Mais le décollement est loin d'être aussi bon qu'à droite. Le sommet est retenu par un système de brides.

Une légère réaction liquidienne est notée.

Une semaine après la création du double pneumothorax, un premier bilan est dressé. L'état général n'est guère amélioré, le pouls bat à 130, la fièvre persiste aux environs de 39, la dyspnée est assez importante. Du point de vue local, bon collapsus droit, collapsus gauche médiocre avec réaction liquidienne. Nous notons déjà avec soulagement que jusqu'ici les catastrophes ont été évitées.

La situation restée stationnaire jusqu'au 15 septembre. A cette époque, on remarque dans le moignon pulmonaire gauche la présence de plusieurs cavernes.

Deux d'entre elles font saillie au bord libre du moignon, constituant ainsi une redoutable menace de perforation. Aussi les insufflations sont-elles très prudentes, espacées. Dans l'ensemble, la collapsothérapie du côté gauche donne de médiocres résultats.

A droite, les schémas dressés à cette date sont identiques à ceux du début.

Lorsque, le 10 octobre dernier, nous avons dû quitter le service, cette malade allait nettement mieux : la dyspnée avait pratiquement disparu, le pouls battait régulièrement à 110; la température était moins élevée, autour de 38. L'amalgissement restait important, la bacilloscopie positive.

On ne peut dire encore que ce soit un succès définitif. Mais le fait même que cette malade, deux mois après son entrée dans le service, soit encore en vie, avec un état général amélioré, constitue une preuve tangible de l'efficacité du double pneumothorax.

Nous pouvons dire en toute certitude qu'en l'absence de traitement, cette malade aurait succombé rapidement.

Fallait-il commencer le pneumothorax gauche ou à droite et d'une façon générale, faut-il commencer ou non par le côté le plus atteint? La discussion reste ouverte et nous y lancer nous conduirait trop loin. Disons simplement que c'est surtout un cas d'espèce. Dans le cas précis, le début par le côté droit nous semble amplement justifié par le caractère si rapidement évolutif des lésions droites.

A propos de cette observation, nous voulons surtout insister sur la notion suivante :

Chez des malades semblant très gravement atteints, il ne faut pas hésiter à recourir à cette arme héroïque que constitue encore le double pneumothorax. Après avoir autant que possible remonté l'état général, il faut prendre une rapide décision en ce qui concerne le côté où l'on interviendra en premier lieu. Le second pneumothorax sera créé dans les semaines qui suivent. On ne peut évidemment donner de règles générales, il faut s'adapter chaque cas; on sait que des régressions étendues peuvent se voir spontanément, sous la seule influence du repos.

Bien souvent, des phthisiologues ont commencé à traiter un malade avec l'idée de pratiquer le double pneumothorax, et en sont resté au premier qui, à lui seul, avait rétabli la situation.

Gardons-nous donc bien de généraliser trop hâtivement. Mais répétons qu'on ne doit plus hésiter à prati-

quer rapidement le double pneumothorax dans les formes graves de tuberculose.

Doit-on se soumettre dans ces cas aux mêmes règles strictes concernant les six premières observations? Nous ne le pensons pas. Certes, la directive générale reste la même. Mais on est autorisé à poser des indications audacieuses devant ces malades irrémédiablement perdus si on les abandonnait.

REMARQUES GENERALES

1° C'est volontairement que nous avons omis de décrire dans nos observations la technique employée, faits qui sortent du cadre de ce modeste travail. Disons pourtant que les pneumothorax furent toujours maintenus à une pression négative.

2° La nature des lésions rencontrées ne nous a pas beaucoup occupés. Il semble indifférent de pratiquer le double pneumothorax sur telle ou telle lésion. Mais une opinion est souvent donnée par les phtisiologues avertis : « L'excavation doit toujours être facteur décisif de l'action. »

Nous avons vu pourtant dans notre observation VIII que la bilatéralisation fut décidée seulement sur l'aggravation de signes cliniques.

3° L'âge des malades semble sans importance, tel est l'avis quasi unanime.

CONCLUSIONS

I. — Valeur du double pneumothorax simultané, la bilatéralisation ayant été effectuée à longue échéance. Ses indications.

Dans ces cas, le pneumothorax double peut donner d'excellents résultats. Pour cela, ses indications doivent être strictement posées.

1° Une condition primordiale : c'est l'efficacité du pneumothorax initial.

2° Il faut éviter de pratiquer le double pneumothorax chez des malades dont l'état général est très mauvais, après échec d'autres méthodes thérapeutiques, par exemple.

3° Les lésions de tuberculose intestinale ou méningée contre-indiquent formellement cette méthode.

4° L'étude préalable du moignon préexistant est indispensable.

5° Une pleurite antérieure du côté déjà collabé ne constitue pas une contre-indication.

II. — Valeur du pneumothorax double simultané rapidement institué en présence de lésions d'emblée bilatérales. Ses indications.

S'attaquant à des formes très graves de tuberculose, les échecs sont plus nombreux, mais plus éclatants aussi les succès :

1° Le double pneumothorax ne doit plus être une méthode d'exception dans ces cas.

2° Ses indications en sont beaucoup plus larges.

3° Commencera-t-on par le côté le plus atteint ou par le côté le moins atteint?

Aucune directive générale ne peut être donnée.

Vu le Doyen :
TIFFENEAU,

Vu le Président de thèse :
TROISIER

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Ascoli. — Über den Kunstlichen Pneumothorax nach Forlanini. (Riforma medica, 1912.)

Ascoli. — Congrès international de Rome. 1912.

Barlow et Kramer. — Selective collapse under partial, pneumothorax. (American review of tuberculosis. 1922.)

Bernou. — Le pneumothorax électif est-il possible. (Journal des Praticiens. Juillet 1923.)

Bernou. — La vie médicale, 24 octobre 1924.

Bezançon et Jacquelin. — Contribution à l'étude du pneumothorax thérapeutique. Le pneumothorax partiel bilatéral simultané. (Presse Médicale, 17 septembre 1924.)

Coulaud. — Le double pneumo-thérapeutique efficace. (Soc. Méd. des Hôp., 28 mai 1925.)

Rist et Coulaud. — Id. 1^{er} juin 1928.

Coulaud et Rolland. — Section de brides au cours des pneumothorax bilatéraux.

Coulaud. — Contribution à l'étude de 116 cas de pneumo. Bilatéral simultané. (Revue de tuberculose. juin 1929.)

Gwerder Podoja. — Il pneumotorace ad ipotensione tubercolosi, 1921.

Jullien (de Pau). — Pneumothorax bilatéral thérapeutique. (Gazette médicale, de France, 15 mai 1928.)

Parry Morgan. — *Lancet*, London 1913.

Poix, Triboulet, Kreis. — Le pneumothorax double dans le traitement de la bilatéralisation lésionnelle au cours du pneumothorax unilatéral. (*Revue de Phtisiologie*, octobre 1934.)

Terrasse. — Essai sur le pneumothorax bilatéral simultané. (Thèse, Paris, 1928.)

